Bijlage 1 Resultaten onderzoeken risicoverevening

In paragraaf 4 heb ik toegelicht dat afgelopen jaar een onderzoeksprogramma is uitgevoerd en heb ik de resultaten van twee onderzoeken beschreven. In deze bijlage ga ik in op de resultaten van de overige onderzoeken. Daarbij houd ik de volgorde aan zoals ik die ook in de brief over het onderzoeksprogramma van 13 oktober 2015[1] had opgenomen, gegroepeerd naar: reguliere onderzoeken en onderzoeksideeën met hoge prioriteit. De overige onderzoeken genoemd in deze brief, namelijk onderzoeksideeën met lage prioriteit en onderzoeksideeën die niet worden uitgevoerd, zijn of worden in dit onderzoeksjaar niet uitgevoerd en maken dan ook geen deel uit van deze brief. In september informeer ik u over het onderzoeksprogramma voor volgend jaar en een meerjarig onderzoeksprogramma.

Reguliere onderzoeken

Pre-Overall Toets; combinatie onderzoeken op data 2013 (door iBMG)
Dit betreft de integrale doorrekening van de verbeteringen in het somatische model. De belangrijkste resultaten heb ik in paragraaf 3.2 reeds toegelicht.

Normbedragen: Gegevensfase, Overall Toets en berekening normbedragen (door iBMG)
Dit onderzoek vindt deze zomer plaats op basis van de besluitvorming die nu is afgerond. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. Allereerst worden de nieuwe gegevens gereed gemaakt. Vervolgens worden de nieuwe modellen geschat en als laatste worden normbedragen (die gepubliceerd worden in de Regeling risicoverevening 2017) definitief berekend op basis van de macrobedragen uit de Begroting van VWS en de meest actuele raming van de verzekerdenaantallen.

Kwantitatieve analyse 2011 (door KPMG)
De kwaliteit van de risicoverevening wordt in principe jaarlijks gemonitord door middel van een kwantitatieve analyse. Zoals in de bijlage van de brief over de voorgenomen verbetering in het model voor 2016[2] al aangeven wordt dit onderzoek later uitgevoerd door een vertraging in de definitieve vaststelling over het jaar 2011[3]. De definitieve vaststelling voor 2011 wordt 1 juli 2016 verwacht waarna de kwantitatieve analyse kan starten. Na afronding van het onderzoek wordt het rapport hierover naar de Tweede Kamer gestuurd.

Conversieonderzoek somatische kosten
Dit was aangekondigd in de eerdergenoemde brief over het onderzoeksprogramma, maar er heeft uiteindelijk een beperkt conversieonderzoek naar de tarieven of productstructuur voor de medisch specialistische zorg plaatsgevonden. De prestaties over 2014 werden namelijk voldoende representatief bevonden voor de situatie 2017. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen, in het vrije segment door kostprijzen 2014 en in het gereguleerde segment door maximum tarieven, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen nog kunnen worden gecorrigeerd als gevolg van lumpsumafspraken en aanneemsommen.

Conversieonderzoek kosten geneeskundige GGZ
Voor de kosten van de geneeskundige GGZ heeft er geen conversieonderzoek plaatsgevonden. Prestaties over 2014 werden voldoende representatief bevonden voor de situatie 2017. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door maximumtarieven 2014, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen nog kunnen worden gecorrigeerd als gevolg van lumpsumafspraken en aanneemsommen. Deze maximumtarieven voor de DBC-zorgproducten worden aangeleverd door de NZa en worden in de Overall Toets verwerkt.

---

[1] Kamerstuk 29 689, nr. 661
[2] Kamerstuk 29 689, nr. 617
[3] Kamerstuk 32 620, nr. 151

Conversieonderzoek voormalige AWBZ-zorg (door Vektis en APE)
Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de overgehevelde zorg (langdurige GGZ, verpleging en verzorging en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten) van 2014 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2017 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdragen worden berekend). Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de gegevens representatief zijn. Hiervoor zijn aanvullende bewerkingen uitgevoerd met betrekking tot de experimenten regelarme instellingen, extramuralisering, Wlz-geïndiceerden, thuiswonende verblijfsgeïndiceerden en eerstelijnsverblijf. De uitgevoerde bewerkingen hebben geleid tot representatieve gegevens voor de kosten, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf 2017. De gegevens over de geleverde extramurale behandelingen aan zintuiglijk gehandicapten in 2014 zijn rechtstreeks door de betreffende instellingen geleverd. Door deze gegevens te combineren met de tarieven geleverd door de NZa zijn de kosten representatief gemaakt voor 2017. De kosten over de langdurige GGZ van 2014 zijn representatief gemaakt voor 2017 door rekening te houden met de instroom van verzekerden vanuit de geneeskundige GGZ en uitstroom van verzekerden naar de Wlz.

Onderzoeksideeën met een hoge prioriteit

Uitbreiding hulpmiddelenkostengroepen (HKG) (door Significant)
Bij de uitbreiding van de HKG's is onderzocht of de beschikbaarheid van de gegevens zodanig is verbeterd dat het zinvol is meer groepen te onderscheiden. Het onderzoek toont aan dat er verbetering in de risicovervening, mogelijk is door het uitbreiden en verbeteren van de HKG’s. Er worden aanzienlijk meer verzekerden geïdentificeerd via de nieuwe HKG-klassen, hierdoor verbetert de compensatie voor chronisch zieken. Bovendien draagt het bij aan de vervanging van de twee onorthodoxe kenmerken, gebruik wijkverpleging en gebruik geriatrische revalidatie zorg in het voorgaand jaar. Er wordt door de toevoeging van de nieuwe HKG-klassen minder geld verdeeld via deze onorthodoxe kenmerken. Deze verbetering worden meegenomen in de vereveningsmodellen voor 2017.

Uitbreiding fysiotherapie gebruikersgroepen (door iBMG)
In dit onderzoek is gekeken of er op basis van diagnoses of aandoeningen een verfijning van de fysiotherapie gebruikers groepen mogelijk is. De Het gebruik van de achterliggende diagnose leidt tot betere zorginhoudelijke onderbouwing van het kenmerk. Het kenmerk, dat vanaf 2017 Fysio Diagnose Groepen (FDG) zal worden genoemd, is door de aanpassingen niet meer gebaseerd op kosten in het voorgaand jaar, waardoor het geen onorthodox kenmerk meer is. Hierdoor worden verzekeraars beter gestimuleerd doelmatige zorg in te kopen. Ook worden er door de FDG’s meer chronisch zieken geïdentificeerd waardoor de compensatie voor deze groep verbeterd. Belangrijk voordeel van het de FDG is dat 18-minners nu ook geïdentificeerd kunnen worden als chronisch zieken.

Verbetering risicoverevening GGZ 1 (door APE)
Het onderzoek naar de verbetering van de huidige GGZ modellen bestond uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel onderzocht of het model voor de langdurige GGZ verbeterd kon worden door het onderscheiden van lichte en zware zorgpakketten binnen het kenmerk intramuraal GGZ-gebruik in het voorgaande jaar. In verband met dataproblemen was vervolgonderzoek nodig om tot een definitieve conclusie te komen. Het blijkt dat de compensatie voor gebruikers van intramurale GGZ stabiel is ten opzichte van vorig jaar. Door het onderscheiden van lichte en zware zorgpakketten en verzekerden die doorstromen naar de Wlz worden de verzekeraars gerichter gecompenseerd voor de kosten die deze verzekerden maken. Hierdoor wordt de onder- en overcompensatie en daarmee prikkels tot risicoselectie aanzienlijk verkleind. Punt van aandacht is de groep intramurale GGZ-gebruikers die onlogische zorgpaden volgt. Omdat deze niet gelijk verdeeld zijn over de verzekeraars kunnen deze leiden tot en verslechtering in de compensatie voor deze verzekeraars.

Het tweede onderdeel van het onderzoek betrof het onderzoek naar het toevoegen van zorgvraagzwaarte (ZVZ), om te komen tot een betere voorspelling van de kosten voor de geneeskundige GGZ. Ook voor dit onderzoek was een vervolgonderzoek nodig in verband met

dataproblemen. Uit beide onderzoeken blijkt duidelijk dat het toevoegen van een kenmerk gebaseerd op de ZVZ het model beter in staat stelt de kosten voor de geneeskundige GGZ te voorspellen. Alle gebruikelijke (statistische) maatstaven om verbetering aan het model te meten gaan vooruit door het toevoegen van het ZVZ-kenmerk. Bovendien is de ZVZ hoofdzakelijk gebaseerd is op diagnose- en aandoeningsinformatie en daarmee dus een zorginhoudelijke voorspeller van ongezondheid waardoor doelmatigheidsprikkels behouden blijven voor de verzekeraars.

Verbetering risicoverevening GGZ 2 (door Significant)
Uit een expertsessie gehouden over de mogelijkheden om zorgkosten in de GGZ te voorspelen zijn meerdere ideeën voor verbetering van het model naar bovengekomen. Omdat de capaciteit en tijd beperkt zijn konden niet alle ideeën onderzocht konden worden tijdens dit onderzoeksjaar. Twee veelvuldig genoemde ideeën zijn de afgelopen maanden onderzocht namelijk: de toevoeging van een kenmerk op basis van informatie over patiënten met een ernstige psychische aandoeningen (EPA) en; het verbeteren van het kenmerk Meerjarige Hoge Kosten (MHK) door terug te kijken over een periode van vijf jaar en rekening te houden met een wisselend, zogenaamd "hartslagpatronen" in deze kosten.

Toevoeging van een kenmerk op basis van EPA-vignetten liet interessante uitkomsten zien, maar door de grote samenhang met andere kenmerken werd het model voor de GGZ erg instabiel. Bovendien bleef de vraag of de huidige indeling in vignetten het best passend is voor de verevening. Er is daarom besloten om voor 2017 dit kenmerk nog niet toe te voegen maar volgend jaar verder onderzoek hiernaar te laten verrichten.

Het onderzoek naar het verbeteren van de MHK heeft geleid tot aanpassing van dit kenmerk, waarbij specifieker wordt gekeken naar verzekerden met (zeer) hoge kosten in de GGZ en verzekerden die een wisselend patroon hebben als het gaat om het gebruik van GGZ-zorg. Uit het onderzoek blijkt dat dit nieuwe kenmerk een verbetering laat zien voor het geneeskundige GGZ model, wanneer we kijken naar alle gebruikelijke (statistische) maatstaven. Het nieuwe MHK-kenmerk identificeert 8 duizend nieuwe gebruikers identificeert. Verder blijkt het beter in staat de kosten van de verzekerden met (zeer) hoge kosten te voorspellen. Hiermee verbetert de compensatie voor een dure groep verzekerden, waarmee de prikkels tot risicoselectie afnemen.

Onverklaarde regionale variatie (wordt nog uitgevoerd)
Met de start van dit onderzoek is gewacht tot na de fundamentele discussie over de risicoverevening. Momenteel wordt gewerkt aan de onderzoeksbeschrijving, zodat het onderzoek in de zomer kan starten.

Groepen met zeer hoge kosten (door iBMG)
Met dit onderzoek is getracht verzekerden met voorspelbaar zeer hoge kosten te identificeren en voor deze groep de compensatie te verbeteren. Door gebruik te maken van zorginhoudelijke kenmerken is een groep van 360 verzekerden geïdentificeerd, met gemiddeld 300.000 euro aan kosten, waarvoor in het huidige model onvoldoende gecompenseerd wordt. Voor deze groep verzekerden, met een macrokostenbeslag van ongeveer 110 miljoen euro, worden nieuwe klassen toegevoegd aan het bestaande vereveningskenmerk farmaciekostengroepen. Hierdoor verbetert de compensatie van een heel specifieke groep chronisch zieke verzekerden. Daarnaast wordt voor hemofiliepatiënten de compensatie verbeterd door onderscheid te maken tussen incidentele en structurele gebruikers van stollingsmiddelen. Als laatste is er nog een topklasse toegevoegd aan de Meerjarige Hoge Kosten (MKH). Hierin zitten de verzekerden die drie jaar lang extreem hoge kosten maken (top 0,50%). Deze drie aanpassingen samen leiden tot een aanzienlijke verbetering van de compensatie van circa 10 duizend chronisch zieken met zeer hoge kosten, waardoor de prikkel tot risicoselectie wordt verkleind. Deze betere compensatie resulteert ook in een betere voorspelkracht van het model.

Verbetering van de vereveningskenmerken aard van het inkomen, sociaal economische status en personen per adres (AVI/SES/PPA) door SiRM

In de afgelopen jaren zijn de vereveningskenmerken gebaseerd op aard van het inkomen en sociaal economische status aanzienlijk uitgebreid. In dit onderzoek is daarom gekeken of het mogelijk is dit kenmerk te vereenvoudigen en of er betere onderliggende informatie beschikbaar is. De conclusie van het onderzoek is dat het verkleinen van het aantal kenmerken en/of klassen nog niet mogelijk is. Wel blijkt het mogelijk het kenmerk personen per adres (PPA) uit te breiden en toe te voegen aan het model voor de somatische zorg en levert het gebruik van definitieve inkomensgegevens (over het voorgaande jaar) om het kenmerk sociaaleconomische status (SES) op te baseren een stabieler model op. Deze aanpassingen leiden naar verwachting tot een verbetering van de compensatie voor verwachte zorgkosten van verzekerden.

Seizoensarbeiders door SEO
Dit onderzoek en de resultaten hier van zijn reeds toegelicht in paragraaf 4.2.

Evaluatie van het representatief maken van de gegevens (wordt nog uitgevoerd)
Dit onderzoek berekent de compensatie conform het meest recente model (vereveningsjaar 2016) bij specifieke (on)gezonde groepen die via de gezondheidsenquête van het CBS worden geïdentificeerd. Uit het onderzoek blijkt dat het model 2016 beter presteert dan het model 2015. De ondercompensatie voor, in deze enquête gemeten groepen chronisch zieken, neemt af ten opzichte van het model 2015. Datzelfde geldt voor de overcompensatie voor gezonde verzekerden, deze neemt namelijk verder af wanneer model 2016 met model 2015 wordt vergeleken.

Koppeling met gezondheidsenquête CBS door iBMG
Dit onderzoek berekent de compensatie conform het meest recente model (vereveningsjaar 2016) bij specifieke (on)gezonde groepen die via de gezondheidsenquête van het CBS worden geïdentificeerd. Uit het onderzoek blijkt dat het model 2016 beter presteert dan het model 2015. De ondercompensatie voor, in deze enquête gemeten groepen chronisch zieken, neemt af ten opzichte van het model 2015. Datzelfde geldt voor de overcompensatie voor gezonde verzekerden, deze neemt namelijk verder af wanneer model 2016 met model 2015 wordt vergeleken.

Literatuurstudie wijkverpleging door SiRM
Een eerder uitgevoerde literatuurstudie naar voorspellers voor het ontvangen of nodig hebben van wijkverpleging liet zien dat de meeste voorspellers al opgenomen zijn in het huidige vereveningsmodel. Enkele kenmerken die nog niet opgenomen zijn, kunnen kansrijk zijn voor verder onderzoek. De studie vormde input voor het onderzoek naar uitbreiding van de hulpmiddelenkostengroepen.

Monitoring gedrag van verzekeraars naar aanleiding van het gebruik van onorthodoxe vereveningskenmerken door SiRM
Dit onderzoek en de resultaten hier van zijn reeds toegelicht in paragraaf 4.3.